

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

dysfunkcja wzroku (w przypadku gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną
 wydania orzeczenia):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,1	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego, jaka	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego, jaka	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
 (miejsowość)

.....
 (pieczętka, nr i podpis lekarza okulisty)